

N° 7115



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **Sifeddine Abdallah**Matricule : **7115**N° CIN : **B537055**Adresse : **16 Passage 4 Tassin # Benekhid**Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : **00202784000027**N° INPE : **061173340**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois☒ Entre 3 et 6 mois☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HbA1c : 9.3
TSHos : 1.11.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Oralmine 1000, Tramadol 60
Falkig 10, Levothyrox 50 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Benekhid** le **05/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées